**2024年度 認定看護管理者教育課程ファーストレベル申込書**

2024年4月1日現在の情報を記入してください

|  |
| --- |
| フリガナ |
| 氏　名 |
| フリガナ |
| 施設名 |
| 施設住所　〒　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　都　道　　　　　　　　　　　　　府　県 |
| 施設電話番号　内線番号（　　　　　　　　　　　　　　） |

1． 現在の勤務について

|  |
| --- |
| 勤務領域（外来、〇〇科病棟など）： |
| 職位： |
| 現在の職位での年数： |

2．応募要件について

|  |
| --- |
| 応募要件について該当するものにチェックしてください　　　　□　日本国の看護師免許を有する者　　　　□　看護師免許を取得後、実務経験が通算5年以上ある者　　　　□　管理業務に関心がある者 |

3．書類送付先 ※上記施設住所以外を希望の場合のみ記入

|  |
| --- |
| 住所　　　　〒 |

　　公益社団法人栃木県看護協会　個人情報保護規程に基づき、個人情報の取得・利用を適正に行います。提出された個人情報に関しては受講者の選考、受講の手続きに使用させていただきます。また、受講を許可された受講者の個人情報のみ、教務関係及び研修の運営に使用します。これらの目的を超えて個人情報を取り扱うことはありません。

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　公益社団法人栃木県看護協会